

L'Occlusion Intestinale

AU COURS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Aimé DULCY

Né à Sablet (Vaucluse), le 5 juillet 1874

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

ESTOR, Professeur, *Président.*

TÉDENAT, Professeur.

GAUSSEL, Agrégé.

RIMBAUD, Agrégé.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1921

L'OCCLUSION INTESTINALE

AU COURS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

n° 128

L'Occlusion Intestinale

AU COURS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Aimé DULCY

Né à Sablet (Vaucluse), le 5 juillet 1874

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{	ESTOR, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs.</i>
	TÉDENAT, Professeur.		
	GAUSSEL, Agrégé.		
	RIMBAUD, Agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN
Rue Vieille-Intendance, 5

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRY FELTS.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicales	DERRIEN, doyen.
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales...	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et Matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et Toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DU CAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE; <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

DOYENS HONORAIRES : MM. VIALLETON et MAIRET.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

SECRÉTAIRES HONORAIRES : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT,
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en Exercice

	MM. LEENHARDT.		MM. RICHE.
Médecine.	GAUSSEL.	Chirurgie...	ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchem..	DELMAS (P.).
Anatomie..	MARGAROT.	Histoire nat..	GALAVIELLE
Chimie	DELMAS (J).	Physique...	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, professeur-président.	MM. GAUSSEL, agrégé.
TEDENAT, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR LÉON BEC

A MES ENFANTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A. DULCY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MON JURY DE THÈSE

A. DULCY.

Une thèse de Doctorat marque habituellement le terme d'une vie d'étudiant et inaugure une carrière.

Celui qui la présente dans une courte préface, dit ses adieux à un passé scolaire, et sa confiance dans l'avenir professionnel.

Tel n'est pas cependant le cas de cet essai. Nous avons depuis longtemps laissé les bancs de l'école pour l'exercice d'une profession sœur de la Médecine, lorsque nous fûmes sollicité de faire des études médicales.

La guerre, en bouleversant notre existence, nous valut des loisirs et nous pensâmes qu'aucun meilleur emploi ne pourrait leur être donné.

Dans cette téméraire initiative nous fûmes aidé par l'encouragement de ceux que nous fîmes confidents de nos projets ; les Médecins que des liens de parenté ou d'amitié firent nos proches : en première ligne, le Docteur Fortuné Bec, et son collaborateur de la Clinique Chirurgicale d'Avignon, le Docteur Ferdinand Tartanson.

La Paix nous ramenait à nos travaux professionnels ; nous voulûmes essayer de poursuivre parallèlement le cours de nos études.

C'est alors que nous dûmes compter avec la bienveillance de nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Marseille et de la Faculté de Montpellier. Nous leur en exprimons ici toute notre gratitude et plus particulièrement à notre ami le Professeur Rimbaud.

Si l'Ecole était trop loin de nous pour nous permettre une fréquentation assidue, du moins la clinique était proche avec l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon, dont les salles nous furent toujours largement ouvertes par une très accueillante Administration.

Nous y trouvâmes avec le corps médical tout entier et en particulier MM. les Docteurs Penne, Charlet, Brunschwig, des Maîtres éminents.

Ces lignes nous permettent du moins de dire à tous notre reconnaissance. Chacun a sa part du succès qui a couronné ces modestes travaux.

Avignon, juillet 1921.

A. DULCY.

L'OCCLUSION INTESTINALE

AU COURS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

L'occlusion intestinale est toujours citée en première ligne parmi les complications de la péritonite tuberculeuse, pourtant le nombre des observations publiées n'est pas très élevé, il est donc intéressant d'étudier la fréquence relative de cette occlusion, ses causes, ses signes et le traitement qui doit lui être opposé.

C'est ce que nous ferons d'après les cas actuellement connus dont nous avons pu réunir 68 observations, à l'occasion d'une occlusion survenue dans le service de notre Maître, M. le Professeur Estor.

Peut-on expliquer le petit nombre des cas publiés ? Peut-être beaucoup sont méconnus car nous verrons les difficultés réelles du diagnostic de cette complication ; peut-être aussi un grand nombre ne sont pas opérés. Il paraît en effet vraisemblable que l'occlusion n'est pas rare, car la péritonite tuberculeuse offre des conditions très favorables à l'arrêt des matières tant par l'agglutination des anses, que par les phénomènes inflammatoires qu'elle provoque et aussi par les adhérences et les brides qu'elle crée volontiers dans la cavité abdominale. On verra, en effet, dans l'étude anatomopathologique et pathogénique que les causes d'occlusion sont nombreuses.

HISTORIQUE

La première observation d'occlusion intestinale au cours de a péritonite tuberculeuse publiée date de 1885, elle est suivie de six observations isolées jusqu'en 1891, date à laquelle Lejars consacre à cette complication une importante étude dans la *Gazette des Hôpitaux*, son travail est basé sur cinq cas et il renferme la première description détaillée des signes de l'affection et une étude pathogénique sur laquelle se basent les publications ultérieures.

En 1892, la thèse d'Aldibert renferme douze observations d'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse, elle est suivie d'une série d'autres thèses qui ne renferment chacune qu'un petit nombre d'observations : Christiaens (1896) : seize cas ; Héritier (1899) : vingt-sept cas ; Banteigne : sept cas.

La thèse de Gourdon (1902) est consacrée uniquement à l'occlusion paralytique dont il apporte quatre observations.

C'est à Kirmisson que revient, avec Lejars, le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette variété d'occlusion. Cet auteur a ouvert une importante discussion à la Société de Chirurgie (1913) et de nombreuses observations ont été jetées dans le débat, en particulier par Broca et par Morestin. On a pu, au cours de cette discussion, compléter nos connaissances sur la pathogénie de cette affection, décrire les particularités de sa symptomatologie, montrer les difficultés du diagnostic et préciser la thérapeutique.

Peu de temps après cette discussion, la thèse de Posin (1914) et celle de Guichot (Toulouse 1914) ont apporté des cas nouveaux ; un important travail du Dr Aimes, paru dans *la Revue de Chirurgie*, en 1920, a mis au point cette question d'après l'étude de 64 cas et d'après les discussion de la Société de Chirurgie.

Nous avons pu porter le chiffre des observations à 68 et c'est sur l'étude de ces observations qu'est basé notre travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La péritonite tuberculeuse peut agir de plusieurs façons pour interrompre le cours des matières intestinales.

Trois mécanismes surtout sont importants à étudier : les brides, l'agglutination des anses et la paralysie intestinale. Mais les divers auteurs ont décrit d'autres causes d'occlusion que nous signalerons sans y insister.

I. OCCLUSION PAR BRIDES

Les brides sont la cause la plus fréquente des occlusions au cours de la tuberculose péritonéale, c'est, en effet, une formation anatomique banale dans cette affection.

Mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'on les trouve dans deux cas bien distincts qu'il est important de séparer au point de vue du diagnostic : au cours de l'évolution de la péritonite ou après la guérison de celle-ci.

Au cours de la péritonite, on sait, nous y insisterons plus loin, que les anses se ramassent en paquet, s'agglutinent, elles adhèrent bientôt entre elles ou avec la paroi et les organes voisins par des *brides récentes*, le plus souvent friables, plus ou moins serrées, *nombreuses en général*.

La guérison de la tuberculose péritonéale se fait soit par *restitutio ad integrum*, soit par une véritable cicatrisation des

lésions bacillaires, il en résulte, dans ce cas, la formation de brides non plus friables mais organisées et solides qui constitue un danger permanent pour le malade. Comme, d'autre part, les accidents causés par l'existence de ces brides cicatricielles apparaissent après la guérison de la péritonite, il est difficile de rapporter l'occlusion à sa cause exacte et le diagnostic est particulièrement délicat.

Les brides sont parfois uniques, ou plutôt, on rencontre à l'opération une bride cause des accidents, mais si l'on explorait l'abdomen avec soin, on en trouverait fort probablement plusieurs, mais le nombre des adhérences peut être considérable et Van Hassel en a observé une dizaine chez le même sujet.

La forme des brides est des plus variables et échappe à toute description, les unes sont courtes et épaisses, d'autres longues et grêles, quelques-unes ont parfois subi un mouvement de torsion qui les enroule en une sorte de spirale. Les unes sont arrondies et mousses, d'autres plus dangereuses ont un bord mince et tranchant.

Les unes sont fixées sur l'intestin et sur la paroi abdominale, elles peuvent s'attacher en des points très variables : grêle, duodenum, gros intestin, annexe, épiploon, etc.

Il faut insister sur un point de haute importance au point de vue opératoire, c'est la multiplicité des agents d'étranglement !

Lauwers, par exemple, trouve au cours de l'opération trois brides : l'une se fixe sur l'épiploon et sur la paroi abdominale antérieure ; une deuxième s'attache sur le mésentère et sur une anse intestinale ; la troisième enfin suit le même trajet avec les mêmes points d'attache.

Dans une observation de Kirmisson, on trouve une coudure intestinale par une bride située au niveau de la région obtura-

trice gauche et *cachée par l'anse coudée*, on découvrit une deuxième anse comprimée.

Dans une deuxième observation du même auteur, chez un enfant porteur de deux hernies scrotales très volumineuses, on remarqua, la veille du jour fixé pour l'opération, que les deux hernies étaient réduites et cependant l'enfant présentait des signes d'occlusion. Devant l'impossibilité absolue, malgré toutes les manœuvres utilisées, de faire sortir les hernies, Kirmisson pensa que l'intestin était retenu par un obstacle et la laparotomie permit de sectionner une bride épiploïque et de libérer plus profondément l'intestin grêle soudé par deux autres brides au gros intestin.

Van Hassel a observé « une dizaine de brides fibreuses assez résistantes, s'étendant d'une anse à l'autre, ou d'une anse à l'épiploon et enserrant sous elles d'autres anses de façon si complète, que le cours des matières était complètement arrêté ».

Dans le cas de Bernay, il y avait aussi plusieurs brides et un rétrécissement très serré de l'intestin.

Parfois l'occlusion se fait par l'épiploon attiré, fixé par une bride, cet organe forme alors une véritable corde qui comprime l'intestin.

Les brides sont rares dans la forme ascitique, en tous cas, dans cette forme, la présence d'une quantité plus ou moins importante de liquide permet aux anses de flotter, de se déplacer et d'échapper ainsi aux obstacles qui tendent à le couder ou à le comprimer.

C'est surtout dans la forme fibreuse que s'observent les brides, la sclérose, la rétraction des lésions tuberculeuses favorisent au plus haut point l'étranglement intestinal.

C'est surtout sur le grêle que siègent les brides. — L'obstacle est parfois très élevé comme dans le cas de Lejars : bride pylorique :

« J'ai opéré, le 27 novembre 1906, une malade âgée de trente-sept ans qui présentait, de ce fait, tous les accidents d'une sténose pylorique des mieux caractérisée ; à la laparotomie sous ombilicale, on découvrit avec le semis granuleux, une bride verticale, tendue sur le devant du pylore et le comprimant ; elle portait en bas de l'épiploon infiltré de noyaux tuberculeux et se fixait en haut sur le ligament gastro-hépatique. Je la sectionnai et, au-dessous d'elle, je notai une profonde dépression du pylore. Les accidents de stase gastrique cessèrent et la malade sortait au bout d'un mois très améliorée ».

L'obstacle peut siéger, plus rarement, sur le gros intestin (Boullaud).

Dans une observation exceptionnelle, Greene Cumston trouva : « l'appendice relié à l'iléon par une bande d'attache de deux centimètres de largeur, qui étranglait vers son extrémité libre l'appendice ; mais il n'y avait pas de perforation quoique l'extrémité de l'appendice fut gangrenée. »

A côté de l'étranglement par une bride, Lejars a décrit la *coudure de l'intestin* : dans laquelle l'agent de la coudure est une bride ne croisant pas l'intestin, ne l'enserrant pas par enroulement, mais le fixant de telle sorte que l'intestin suspendu se coude en accolant ses deux bouts afférent et efférent en canon de fusil ; il se forme ainsi un éperon qui arrête le cours des matières.

Dans les observations publiées, on trouve vingt-cinq cas d'occlusion par bride, dans six autres cas elle était associée à l'agglutination des anses, et dans un cas à un rétrécissement serré de l'intestin.

II. OCCLUSION PAR AGGLUTINATION

La tuberculose péritonéale s'accompagne très souvent d'une soudure en masse des anses intestinales distendues, très congestionnées, recouvertes de granulations typiques et soudées entre elles en paquet par des adhérences peu serrées en général.

Le tout est recouvert de fausses membranes et d'une certaine quantité de liquide plus ou moins purulent.

Voici la description qu'en donne le Dr Aimes, d'après un cas observé dans le service de M. le professeur Estor : « Toute la partie inférieure de la cavité abdominale était transformée en une poche purulente, en un véritable abcès mal limité. Lorsque la grande quantité de pus qui remplissait cette poche fut vidée, la masse des anses agglutinées apparut dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Il était absolument impossible de reconnaître les anses dans le paquet qui se présenta sous nos yeux, c'était une masse irrégulièrement arrondie, recouverte d'un pus très malodorant (association Koch-coli) et de fausses membranes épaisses agglutinant et recouvrant les anses réunies en un bloc compact ».

La thérapeutique paraît complètement désarmée devant cette masse formée par l'accolement des anses en paquet.

Cependant il n'en est rien, et la simple laparotomie, sans manœuvre de dissociation des anses, fait souvent cesser les phénomènes d'occlusion. « Nous avons pu l'observer directement par l'orifice établi pour le drainage dans ce cas qui a la valeur d'une véritable expérience. Après l'élimination rapide, en quelques jours, de nombreuses fausses membranes, nous avons vu les anses intestinales qui, peu à peu, reprenaient

leur aspect et leur coloration, descendre et envahir toute la vaste poche précédemment occupée par l'épanchement purulent (Aimes) ».

On peut tenter la dissociation opératoire des anses, nous verrons que cette technique n'est pas sans danger car les déchirures sont fréquentes, mais la simple laparotomie donne des succès. Morestin, chez une femme cachectique, explora vainement le magma sans pouvoir distinguer les anses intestinales et, cependant, une « incroyable résurrection » se produisit.

Thierry opère un malade en croyant de se trouver en présence d'un étranglement herniaire. — Or, il n'existait pas de trace d'étranglement au niveau du collet de la hernie, par contre, on trouve un magma au milieu duquel on ne peut se reconnaître tant qu'on n'a pas remarqué une anse intestinale recouverte d'un semis de granulations typiques.

Il est fort probable que dans les occlusions observées dans les cas d'agglutination, il faut faire jouer un rôle, dans certains cas, aux brides et aussi à la paralysie intestinale, mais il est impossible de faire la part des divers facteurs et de se reconnaître dans le paquet des anses soudées et recouvertes de fausses membranes et d'un exsudat purulent.

Nous notons dans les observations quinze cas d'agglutination, avec six fois présence de brides et une fois une invagination intestinale.

III. OCCLUSION PAR PARALYSIE INTESTINALE

La paralysie intestinale peut se rencontrer dans toutes formes de péritonite tuberculeuse, mais c'est surtout dans la tuberculose aiguë ou subaiguë qu'on l'observe le plus fréquemment.

Le diagnostic de cette variété d'occlusion est rendu difficile par la précocité de cette complication qui apparaît parfois avant qu'on ait pu reconnaître l'existence de la péritonite causale ; c'est l'occlusion qui constitue le symptôme révélateur de l'affection. Elle se rencontre à tous les âges, bien qu'Aldibert ait voulu en faire une forme spéciale aux enfants.

Cette variété d'occlusion se manifeste à la laparotomie par la rareté de l'ascite, on disait autrefois que la paralysie ne s'observait que dans les péritonites sèches, mais Morestin, Vauverts ont constaté des ascites notables.

La séreuse péritonéale est fortement congestionnée, de coloration rouge, elle est polie et criblée de tubercules caractéristiques, en semis. Ces lésions s'observent aussi bien sur le péritoine pariétal que sur le péritoine viscéral.

Les anses sont rouges, avec un semis de granulations tuberculeuses et surtout elles sont dilatées.

Les travaux de Lélars, Havrot, Gubler, Thiberge, Poupon, Gourdon, Christaens, etc., ont bien éclairé cette variété d'occlusion, mais son mécanisme intime reste encore en discussion.

Pour Christaens, la paralysie intestinale se fait par un réflexe parti de la surface péritonéale irritée par l'infection bacillaire — ce réflexe par l'intermédiaire de la moelle et du splanchnique va exercer une action inhibitrice sur l'intestin.

Mais pour Gourdon, le mécanisme est inverse parfois, si le réflexe peut agir sur le modérateur de l'intestin, c'est-à-dire le nerf splanchnique, il peut aussi agir sur le nerf moteur, c'est-à-dire le pneumogastrique pour inhiber son action.

Lélars pense que l'arc réflexe n'est pas nécessairement mis en action et que les toxines peuvent fort bien agir directement sur l'élément nerveux de l'intestin, et Guinard, avec lui, rappelle que suivant la loi de Stokes, un muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse.

Reynier rapporte la paralysie intestinale à l'état général, l'adynamie favoriserait la disparition des réflexes intestinaux.

Cette forme d'occlusion n'est pas rare, on en a publié quatorze cas.

IV. AUTRES VARIÉTÉS D'OCCLUSION

1° Colle a observé chez une femme âgée une occlusion par *volvulus* : « On trouve après l'incision que l'épiploon est petit et rétracté, les anses intestinales présentent une infinité de granulations grisâtres, des tubercules miliaires absolument caractéristiques. A gauche, les adhérences épaisses fixent l'intestin à la paroi. Plusieurs anses agglutinées les unes avec les autres forment une masse grosse comme les deux poings. On trouve une poche contenant un liquide fétide et en dissolvant, un *volvulus* d'une portion de l'intestin grêle et sur l'autre des adhérences qui forment des étranglements. On fait la résection d'une portion de l'intestin et on établit un anus contre nature.

Après avoir lavé le péritoine à l'eau boriquée, on referme l'incision ».

2° Potherat a observé une *torsion du mésentère* chez un sujet de 58 ans, pris brusquement de violentes douleurs abdominales avec vomissements. — Le premier diagnostic porté fut celui de hernie étranglée, mais dès l'arrivée du malade à l'hôpital, sa hernie fut réduite très facilement et on pensa alors à une occlusion par une bride haut située.

« Au niveau et au-dessus de l'ombilic, il existait une tumeur volumineuse presque aussi grosse qu'une tête d'adulte, arrondie, tendue, rénitente, rappelant par sa forme et son aspect extérieur un kyste, mais sonore à la percussion directe. En regardant de très près, il était aisé de voir des anses intesti-

nales absolument unies entre elles et que leur coloration saumonée différente de la coloration blanche, des petits intervalles au niveau desquels elles s'unissaient, faisaient reconnaître que les anses étaient très tendues ; il était évident que les matières et les gaz y étaient accumulés par le fait d'un obstacle sous-jacent. Quel était cet obstacle ! voilà ce qui ne fut pas facile tout d'abord d'élucider. Mais ayant agrandi l'incision abdominale et ayant éviscéré cette tumeur formée d'anses agglomérées, je vis, à ma grande surprise, qu'elle était portée par un pédicule gros comme le pouce et tordu sur lui-même à la manière d'une spire. Ce pédicule était le mésentère lui-même. Je dus, pour le rétablir dans son état normal, prendre la tumeur entre les deux mains et la tourner deux fois sur elle-même, de gauche à droite et de bas en haut. Je vis alors le mésentère s'étaler tout en gardant les empreintes nettes de deux tours de spire. C'était donc une torsion du mésentère, dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre, qui avait provoqué les accidents d'obstruction.

Cette torsion avait été provoquée par la rotation de la masse sphérique constituée par les anses intestinales agglomérées. Chose curieuse, il n'y avait guère que la moitié supérieure de l'intestin grêle qui participait à cette agglomération et, par suite, la moitié seulement du mésentère s'était tordue.

Quand à l'agrégation des anses intestinales, elle devait reconnaître pour cause une tuberculose péritonéale, car séreuse et viscères étaient recouverts de granulations tantôt rares et discrètes, tantôt abondantes, presque confluentes, miliaire ici, grosses et en voie de caséification là.

Cet homme était d'ailleurs un tuberculeux de par ses poumons, quoique à une période peu avancée, comme nous pûmes nous en rendre compte par la suite, car il guérit de son occlusion, non sans quelques incidents, mais il guérit ».

3° Dans deux cas on trouve un *rétrécissement* : Dans l'observation de Bernay le malade fit une série de crises de coliques violentes avec ballonnement suivies de débâcles diarrhéiques. — Il mourut finalement de cachexie bacillaire, — à son autopsie, on trouva des brides fibreuses et une coarctation fibreuse serrée avec rétrodilataion de l'intestin.

Sutherland et Watson Cheyne ont observé une enfant qui présentait également des séries de crises d'occlusion dont l'intensité allait en augmentant. A la laparotomie, on trouva de l'ascite, des granulations sur l'intestin distendu et, vers la fin de l'iléon, l'intestin recouvert de granulations dures et épaisses sur toute sa circonférence. Une anastomose permit, par l'exclusion de la partie rétrécie, de guérir le malade.

4° Jahoulay opère en pleine occlusion un homme de 40 ans : « Laparotomie médiane, pas d'ascite, granulations nombreuses sur le péritoine. Le cœcum est rejeté dans l'hypochondre gauche ; les anses sont agglutinées. L'intestin présente une couleur violacée, indiquant une tendance au sphacèle. On trouve une *invagination* de 15 centimètres environ, siégeant sur l'intestin grêle, à 20 centimètres avant sur abouchement dans le cœcum. L'invagination est réduite ; il se produit alors une rupture de l'intestin que l'on suture.

Le malade meurt quatre heures après l'opération ».

5° Barker, au cours d'une opération pour occlusion aiguë, enleva une masse de tubercules située sur le côté droit du bassin et qui comprimait l'intestin grêle fortement distendu. Le malade guérit.

6° Guinard, pratiquant une laparotomie pour occlusion intestinale aiguë chez un homme de 23 ans, trouva : « l'épiploon transformé en un véritable treillis, en un grillage, dans les mailles duquel 10 ou 15 hernies intestinales se font jour. Je ne saurais comparer l'aspect des parties qu'à ces pâtisseries

viennoises, qu'à ces tartelettes dans lesquelles on voit des losanges de pâte circonscrire des îlots de confiture. — Une de ces anses (un de ces îlots) me paraissant noirâtre, étranglé et irréductible, je sectionne les brides caséeuses limitant la maille qui l'enserre et je referme l'abdomen ». Le cours des matières se rétablit.

Si nous récapitulons en somme les variétés observées, nous trouvons :

25 cas de brides.

1 cas de brides avec rétrécissement.

6 cas de brides avec agglutination.

15 cas d'agglutination.

14 cas de paralysie.

1 volvulus de l'intestin.

1 volvulus du mésentère.

2 rétrécissements.

1 compression par amas caséeux.

1 occlusion par tamis épiploïque.

1 invagination avec agglutination.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes cliniques de l'occlusion intestinales sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'insister ici sur ce point ; ce qui est intéressant c'est d'étudier l'allure que prennent les accidents d'occlusion dans la tuberculose péritonéale.

Avec Aimes, nous distinguerons trois cas :

1° L'occlusion apparaît au cours d'une tuberculose péritonéale connue ;

2° Elle apparaît au cours d'une péritonite latente ;

3° Elle survient après la guérison de la péritonite.

1° *La péritonite tuberculeuse est connue*, le malade est soumis à une surveillance médicale lorsque surviennent les signes d'occlusion, le diagnostic est alors facile et on pense à une relation de cause à effet entre la tuberculose péritonéale et les accidents observés : douleurs vives dans l'abdomen, vomissements, arrêt des matières et des gaz. — L'occlusion se fait tantôt brusquement, tantôt elle s'installe progressivement par une série de crises douloureuses avec constipation.

2° *La péritonite est guérie*. — C'est par un interrogatoire sévère qu'on pourra remonter à la cause de l'occlusion. La tuberculose péritonéale est une affection sérieuse, de longue durée, elle sera donc retrouvée facilement dans les antécédents des malades. Chez les jeunes, le diagnostic sera plus facile, car l'occlusion est rare et lorsqu'on a éliminé chez eux, par

l'interrogatoire et par l'examen, l'invagination intestinale, le champ à explorer est singulièrement rétréci.

3° *La péritonite est latente.* — Ici le diagnostic est difficile et cette éventualité n'est pas rare, il faut bien reconnaître dans quelles conditions se rencontre cette occlusion.

Nous avons déjà indiqué que la forme d'occlusion pour paralysie se rencontre dans des péritonites tuberculeuses latentes dont elle constitue le premier symptôme, elle révèle la péritonite ; les accidents d'occlusion peuvent suivre de très près le début d'une péritonite, surtout dans les formes subaiguës dont les symptômes peu nets n'ont pas permis de faire le diagnostic.

Il faut, dans tous les cas, s'attacher à découvrir des symptômes de tuberculose péritonéale : l'âge du sujet est à noter, les sujets jeunes étant plus touchés par la tuberculose péritonéale ; il faut rechercher systématiquement les signes de tuberculose ou des antécédents tuberculeux : tuberculose pulmonaire, tuberculoses externes, altération progressive de l'état général.

D'après Broca, on peut parfois, à l'examen, reconnaître soit un empâtement diffus, soit des masses irrégulières en gâteaux plus ou moins sensibles à la pression, des bosselures. Morestin a pu, par la palpation, percevoir une masse sous-ombilicale résistante, s'enfonçant dans le bassin où elle se continuait avec un empâtement de même nature perceptible par le toucher vaginal. Le même empâtement a été reconnu par Kirrison par le toucher rectal.

La présence d'une ascite abondante constitue un symptôme précieux, malheureusement ce signe est difficile à reconnaître dans beaucoup de cas, car il est caché par le ballonnement de l'occlusion. Il faut recourir à la percussion du flanc dans le décubitus latéral, comme le fit Kirrison.

Classiquement, on distingue deux formes d'occlusion intestinale : forme aiguë et forme chronique. On considérerait la forme chronique comme habituelle dans la péritonite tuberculeuse. M. Aimes a montré que c'était l'occlusion aiguë qui était de beaucoup la plus fréquente, nous trouvons en effet 46 cas d'occlusion aiguë contre deux cas seulement d'occlusion chronique.

1° L'occlusion aiguë (46 cas) est la plus importante à connaître, non pas seulement à cause de sa plus grande fréquence, mais aussi par les difficultés de son diagnostic, car elle révèle souvent la péritonite inconnue jusque-là.

Le début peut se faire après une cause occasionnelle, comme dans le cas de Phocas, où l'occlusion survint après une marche rapide. Mais le plus souvent c'est sans aucune cause que des accidents éclatent parfois avec une grande brutalité. — L'intensité de la crise est telle, son aggravation est si rapide que l'entourage est terrifié.

« On demande rapidement du secours et le chirurgien de garde opère avant que le jour ne se lève (Potherat) ».

L'intensité de la douleur est remarquable, elle s'accompagne d'une altération rapide de l'état général, le facies est grippé, les extrémités froides, le pouls petit, filant, bientôt incomptable. En quelques heures, les vomissements sont abondants, d'abord alimentaires, puis bilieux, ils ne tardent pas à devenir fécaloïdes, le hoquet est fréquent et très pénible.

La température ne s'élève pas en général ou son élévation est peu notable. au contraire, il faut tenir grand compte de l'abaissement thermique.

La constipation est absolue, dès que le bout inférieur est vidé par un lavement, les matières et les gaz ne passent plus, cependant Vanverts a observé une occlusion incomplète. Ceci s'explique car nous savons que l'occlusion vraie, aiguë, grave

est souvent précédée d'une série de crises moins sérieuses de sub-occlusion.

A l'examen, le météorisme est intense, mais la forme du ventre varie avec le siège de l'obstacle, et il n'entre pas dans le cadre de notre travail de décrire ces variétés de météorisme limité aujourd'hui classiques.

Cependant il faut noter le cas de Lejars, où une bride prépylorique donnait les signes d'une sténose pylorique avec dilatation gastrique considérable, le reste du ventre paraissait normal, les vomissements fécaloïdes manquaient.

2° *La forme chronique* (22 cas) est moins fréquente que la précédente, on peut en distinguer 2 types (Aimes) :

a) Un type par crises d'occlusion successives, suivies de rémissions : Le malade présente des crises de constipation douloureuse avec ballonnement du ventre et vomissements, puis, au bout de quelques heures, parfois de quelques jours, tout rentre dans l'ordre après une débâcle diarrhéique. La durée de ces crises est des plus variables. Morestin a vu persister les accidents pendant dix jours, Félin pendant quinze jours.

Tout aussi variable est l'intervalle qui sépare les crises. Dans le cas observé par M. Estor le début des accidents remontait à huit mois et l'enfant présentait une crise toutes les trois semaines environ. Mais on a observé des crises espacées par trois, quatre mois et plus. En général, les accidents ont une tendance à devenir plus fréquents, les crises se rapprochent et l'occlusion définitive s'installe.

b) Occlusion progressive : Dans ce deuxième type on n'assiste pas à la répétition de crises de subocclusion, mais à l'installation progressive de l'occlusion, par l'apparition d'une constipation opiniâtre, par un ballonnement progressif

du ventre, enfin par de fréquents vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes.

Dans le cas de Vanverts, le malade souffrait de coliques depuis trois mois, coliques dont l'intensité augmentait progressivement, le malade avait maigri de 10 kg. Dans le cas de Bernay, depuis huit semaines on notait des coliques avec ballonnement du ventre.

Sutherland et Watson-Cheyne ont opéré une fillette qui, avec une constipation opiniâtre, vomissait depuis trois mois.

DIAGNOSTIC

1° *Diagnostic d'occlusion.* — Le tableau clinique d'une occlusion intestinale, tel qu'il est décrit par les classiques, se reconnaît très facilement. En pratique, la variabilité considérable que présentent les symptômes, suivant la nature de l'occlusion et son siège, rendent le diagnostic difficile.

Dans la tuberculose péritonéale, les signes d'occlusion sont souvent anormaux et le diagnostic est souvent très délicat.

Dans la moitié des cas, en effet, la suppression des matières et des gaz n'est pas absolue, et même Knaags a observé de la diarrhée.

Les vomissements sont simplement bilieux dans un grand nombre de cas.

Enfin on note dans beaucoup d'observations l'existence d'un gros empatement ; la confusion avec une crise d'appendicite est fatale, si ce gâteau inflammatoire siège à droite. Aussi le diagnostic d'appendicite est-il souvent posé : 7 cas. On a pensé, de plus, 3 fois à une péritonite par perforation appendiculaire, 2 fois à un étranglement interne. On a posé les diagnostics les plus variés : néoplasme intestinal, coliques de plomb, 2 fois hernie étranglée, sténose pylorique, sténose du grêle, etc.

La crise d'appendicite paraît facile à distinguer, car elle est fébrile, le siège de la douleur et des phénomènes inflamma-

toires sont limités à la fosse iliaque droite. Mais la confusion est fréquente entre le gâteau appendiculaire, dans les cas aigus, ou le plastron d'épiploïte chronique, dans les cas chroniques, et l'empatement irrégulier de la péritonite tuberculeuse.

Il en est de même pour la *péritonite par perforation*; Duplay a insisté depuis longtemps sur la difficulté de son diagnostic avec l'occlusion. Peut-être le tableau clinique est-il plus brutal, plus dramatique et plus complet, mais nous savons que l'occlusion aiguë par tuberculose péritonéale peut être, lui aussi, brutal et de haute gravité immédiate. Ajoutons que, pour aggraver les difficultés, la perforation intestinale s'observe au cours de la péritonite tuberculeuse.

L'*étranglement herniaire* est facile à diagnostiquer, dans les cas simples, par l'examen direct, mais, dans le cas de Jaboulay, la confusion était obligaloire, puisque l'occlusion par agglutination se fit dans le sac lui-même.

2° *Diagnostic de nature de l'occlusion.* — Il est le plus souvent impossible à poser; c'est seulement dans les observations de M. Estor, Audion, Morestin et Jaboulay, que l'origine de l'occlusion fut affirmée. Dans un cas de Bérard, le diagnostic posé fut celui d'occlusion par brides inflammatoires.

Dans les cas aigus, l'examen du malade qui souffre atrocement, dont l'abdomen est ballonné, ne renseigne guère.

Dans les formes chroniques, on peut mieux palper l'abdomen, et, dans les cas favorables, sentir les masses de péritonite.

C'est seulement si l'on connaît le malade et si on a suivi sa tuberculose péritonéale, ou si on apprend qu'il a eu une péritonite tuberculeuse guérie, que le diagnostic de nature sera affirmé.

3° *Diagnostic de siège et de nature de l'obstacle.* — Peut-on reconnaître, par l'allure clinique de l'occlusion, à quelle variété d'obstacle on a affaire et son siège? Dans quelques cas, oui, on peut avoir des présomptions.

C'est ainsi que, chez un malade guéri d'une péritonite tuberculeuse, on pensera à une occlusion par bride.

Dans des cas d'occlusion aiguë, brusque, on soupçonnera un étranglement par bride ou une paralysie intestinale. Dans la forme paralytique, la fièvre n'est pas exceptionnelle.

La statistique des cas opérés donne d'utiles renseignements.

25 occlusions par bride donnent 22 crises aiguës et 3 occlusions chroniques seulement.

14 occlusions par paralysie intestinale donnent 12 crises aiguës et 2 occlusions chroniques.

Au contraire, sur 15 cas d'occlusion par agglutination on trouve : 11 occlusions chroniques et seulement 4 crises aiguës. C'est que, dans l'agglutination, l'occlusion est lente et progressive.

2 cas de sténose donnent 2 occlusions chroniques, car la coarctation intestinale se produit lentement, surtout par un processus scléreux. Cliniquement, la sténose se révèle par le syndrome de Kœnig : crises de coliques, hyperpéristaltisme, bruits musicaux et débâcles fécales ou gazeuses.

En somme, le diagnostic d'occlusion est difficile, celui de nature de l'occlusion est à peu près impossible, il ne se fait même pas aisément le ventre ouvert, car des lésions multiples s'associent, et on ne sait à quel mécanisme rapporter les accidents.

PRONOSTIC

Le pronostic dépend uniquement du diagnostic porté, il est essentiel qu'on pense à une affection nécessitant la laparotomie immédiate, car c'est la seule chance de salut pour le malade. Sur 5 cas non opérés, on compte 4 morts.

Penser à une crise d'appendicite, et tenter de la refroidir, c'est vouer le malade à la mort.

Mais l'intervention n'amène pas fatalement la guérison du malade, car on peut ne pas trouver l'obstacle au milieu des multiples lésions rencontrées au cours de la laparotomie ; on peut aussi trouver un ou plusieurs agents d'étranglement, les supprimer, mais ne pas les supprimer tous. Parfois les lésions sont si étendues, que l'opérateur est désarmé.

La récurrence est possible et, dans deux cas où l'opération avait guéri le malade, une récurrence entraîna la mort.

Enfin, l'opération peut être suivie d'accidents bacillaires soit *in situ* : ulcération tuberculeuse de la cicatrice, soit à distance sur les poumons ou les méninges.

Le pronostic ne peut être étudié qu'avec les résultats opératoires ; nous donnerons plus loin ces résultats, avec les chiffres assez élevés de mortalité.

TRAITEMENT

Il est bon de laisser parler les chiffres et d'éviter les discussions thérapeutiques stériles. Voyons donc quels sont les résultats observés dans les cas publiés :

Dans 68 cas, nous trouvons :

21 laparotomies simples avec : 14 guérisons, 7 morts. Les causes de la mort sont : 2 morts opératoires, 2 par péritonite au 9^e et au 14^e jour ; 1 fois l'emphysème (20^e jour) ; 2 fois la récidive.

18 laparotomies avec section des brides avec : 14 guérisons et 4 morts. Les causes de la mort sont : 3 opératoires ; 1 par broncho-pneumonie.

7 laparotomies avec dissociation des anses agglutinées avec : 4 guérisons et 3 morts (au 2^e jour).

5 laparotomies avec établissement d'un anus artificiel : 3 guérisons et 2 morts (3^e heure, 2^e jour).

4 laparotomies avec ouverture accidentelle de l'intestin : 1 fois en ouvrant la paroi, avec guérison par fistule ; 3 fois l'intestin fut ouvert dans le ventre avec : 3 morts (4^e heure, 2^e et 5^e jour).

3 anastomoses avec 3 guérison :

Anastomose avec exclusion d'un rétrécissement : guérison.

Anastomose au bouton de Villard, pour exclure une grosse masse agglutinée, avec section d'une bride : guérison.

Anastomose iléo-colique : guérison. Mort 1 mois et demi après par aggravation progressive.

1 extirpation d'amas caséeux : guérison.

1 résection d'épiploon : guérison.

1 dérotation d'un volvulus intestinal, résection intestinale et établissement d'un anus : mort opératoire.

1 dérotation d'un volvulus du mésentère : guérison.

1 agglutination dans un sac herniaire, ouverture de l'intestin au cours des manœuvres de libération : mort 48 heures après.

5 cas non opérés : 1 guérison par lavement électrique et 4 morts (2^e jour, 2 mois, 3 mois).

Le traitement médical doit être proscrit, seule la forme paralytique relèverait de cette thérapeutique, mais il est impossible de faire avec certitude le diagnostic ; d'autre part, la simple laparotomie donne dans cette forme de remarquables succès.

Les petits moyens : lavements, purgatifs doux, lavement électrique sont dangereux, parce qu'ils font temporiser dans une complication qui réclame l'intervention immédiate.

D'autre part, les manœuvres opératoires sont réduites au minimum, car si la section simple des brides donne 27 p. 100 de morts, ce chiffre monte à 43 p. 100 si l'on tente la dissociation des anses agglutinées.

Observations résumées

OBSERVATION I. — Estor: Fillette, dix ans. Début de la péritonite, un an. Début de l'occlusion, huit mois, par crises toutes les trois semaines environ. Coliques, vomissements, ballonnement du ventre, arrêt des matières, amaigrissement progressif. *Diagnostic*: occlusion par péritonite tuberculeuse.

Opération. Laparotomie, bride et gâteau épiploïque, section de la bride, lavage à l'éther, drainage. Guérison avec une fistule qui se ferme en quelques semaines sous l'influence de la cure héliomarine. Bride.

OBS. II. — Poncet, *in thèse Héritier*, Lyon, 1899. 115.

Femme, seize ans. Tuberculose ancienne du coude droit. Scarlatine depuis quinze jours. Début brusque au moment de la desquamation (1^{er} juin 1892). Vomissements, facies péritonéal. Aucune douleur jusqu'au 8 juin. Laparotomie iliaque droite, le 8 juin. Anus (épiploon adhérent, épaissi. Intestin couvert de granulations). Mort trois heures après. Paralyse.

OBS. III. — Bérard, *in thèse Héritier*.

Femme, trente ans. Opérée de salpingite en 1896. Éventration. Au cours de la cure d'éventration, on constate une péritonite tuberculeuse, 27 janvier 1898, occlusion brusquée après huit jours de constipation. Laparotomie le même jour, section d'une bride étranglant l'iléon, brides inflammatoires récentes, granulations dans le bassin. Mort neuf heures après. Diagnostic posé avant l'intervention: occlusion par brides inflammatoires.

OBS. IV. — Péhu, *in thèse Héritier*.

Femme, vingt-et-un ans. Alternatives de constipation et de diarrhée, par crises d'une durée de quinze jours environ. Le 1^{er} février

1899, troubles gastro-intestinaux ; le 4, vomissement, abdomen distendu, douleurs vagues, diarrhée, vomissements fécaloïdes. Laparotomie médiane, section d'adhérences ; le 7 février, anses dilatées et agglutinées entre elles par de nombreuses brides. Mort au deuxième jour. Agglutination.

Obs. V. — Jaboulay, *in thèse Héritier*.

Femme, quarante-cinq ans. Évolution lente, depuis un mois. Distension médiane peu accentuée, ni ascite, ni vomissement, ni température. En août 1891, laparotomie médiane, lavage du péritoine, on saupoudre d'iodoforme. Brides péritonéales en grand nombre et fausses membranes récentes. Léger ballonnement ; au deuxième jour, signes de méningite. Le quatrième jour, débâcle intestinale, disparition des signes de méningite. Guérison.

Obs. VI. — Audion, *Gaz. Hebd. de méd. et de chir.*, 2 février 1898.

Fillette, quatorze ans. Père et mère morts tuberculeux. Alternatives de diarrhée et de constipation, anorexie ; trois jours avant, douleurs abdominales vives, vomissements abondants, pas de selles, facies péritonéal. Diagnostic exact est posé. Laparotomie le 30 avril 1897, granulations sur l'épiploon, brides, adhérences, deux coudures dans le bassin. Le lendemain, selles, pas de vomissements. Mort le troisième jour. *Autopsie* : pus et section complète de l'intestin. Brides, agglutination.

Obs. VII. — Rollet, *in thèse Héritier*.

Femme, quarante-trois ans. Péritonite reconnue depuis un mois. Douleurs et diarrhée, anorexie, amaigrissement, pas de vomissement. Début quatre jours par douleurs vives, surtout à gauche, météorisme, vomissements, aqueux, hoquet, pouls 110, traits tirés, subdélire. 17 juillet 1892, laparotomie, péritoine pariétal très épais, lardacé, 800 g. de liquide purulent, avec gaz, nombreuses granulations sur l'épiploon, anses adhérentes entre elles et à la paroi, agglutinées, lavage à l'eau bouillie chaude, drainage. Selles le lendemain, puis diarrhée. Mort le neuvième jour de péritonite. Agglutination.

Obs. VIII. — Bernay, *in thèse*, Lyon, 1899.

Homme, vingt-six ans. Ethylique. Plusieurs mois de diarrhée. Péritonite douloureuse chez un tuberculeux pulmonaire. Depuis huit semaines, coliques avec ballonnement. Amaigrissement, coliques violentes le 9 octobre 1897, selles semi-liquides. Aggravation constante, crises d'occlusion suivies de débâcles ; pas d'opération, mort le 15 décembre de cachexie. *Autopsie* : brides fibreuses nombreuses, coarctation fibreuse avec poche dilatée en amont.

Obs. IX. — Barker, *in thèse Héritier*.

Femme, vingt-trois ans. Révèle sa péritonite par l'occlusion. *Diagnostic* : perforation appendiculaire. Laparotomie, distension du grêle, compression sur le côté droit du bassin par amas de tubercules, ablation de cette masse. Guérison.

Obs. X. — Lejars, *Gaz des Hôp.*, 5 décembre 1891.

Homme, trente-quatre ans. Entre pour coxalgie gauche, amaigri, pâle, tuberculose pulmonaire. 24 octobre 1890, début brusque, douleurs, vomissements, pas de ballonnement, sauf creux épigastrique, état général grave. *Diagnostic* : étranglement interne. Laparotomie, le 28 : semis granuleux sur péritoine pariétal, bride sur le grêle à peu de distance du duodenum, section. Les matières et gaz passent immédiatement. Mort quarante-huit heures, reins amyloïdes. Tuberculose pulmonaire, 3^e degré.

Obs. XI. — Lejars.

Femme, vingt-huit ans. Coliques hépatiques. Début brusque, depuis deux jours, arrêt absolu matières et gaz. 21 septembre 1891 : ballonnement et faciès péritonéal. Laparotomie le 30, liquide louche, granulations, météorisme, bon résultat immédiat, ulcération de cicatrice le 15 octobre. Mort d'emphysème deux jours après.

Obs. XII. — Poncet, *in thèse Pic.*, Lyon, 1890.

Fillette, onze ans. Péritonite depuis trois mois, occlusion depuis quinze jours d'abord incomplète, puis complète, douleurs, ballonnement, vomissements, poulx filiforme. Laparotomie latérale.

Magma caséeux englobant l'intestin. Mort. *Autopsie* : énormes ganglions, agglutination des anses.

Obs. XIII. — Liouville, *Bull. Soc. Anat.*, 1878.

Homme, trente-cinq ans. Péritonite révélée par l'occlusion. Deux crises d'obstruction intestin. Pas d'opération, mort trois mois après. *Autopsie* : agglutination des anses.

Obs. XIV. — Keetley, *The Lancet*, 1890.

Fillette, quatre ans. Début aigu, huit jours. Douleurs, météorisme, vomissements fécaloïdes. Laparotomie, agglutination, selles les jours suivants, mort péritonite le quatorzième jour.

Obs. XV. — Knaags, *The Lancet*, 1890.

Femme, quarante-trois ans. Occlusion incomplète à marche lente (trois mois). Laparotomie, agglutination, guérison.

Obs. XVI. — Schwartz.

Jeune femme. Tuberculose antérieure. Début quatre mois, crises de constipation fréquentes et rebelles. Tumeur fosse iliaque droite. Laparotomie. Anses agglutinées et tuberculose épiploon, résection épiploïque, on ouvre une collection, lavage. Guérison.

Obs. XVII. — Colle, *Bull. Méd.*, 1896.

Femme. Début brusque quinze jours. Douleurs, vomissements, arrêt matières et gaz, mauvais état général. Laparotomie semis de granulations et agglutination en masse. Une anse a subi torsion de plus d'un tour, début de sphacèle, résection et anus. Mort une demi-heure après.

Obs. XVIII. — Lebec.

Fillette, treize ans. Début brusque, trois jours. Accidents aigus et état général très grave. Laparotomie un peu d'ascite, granulations abondantes, selles cinq jours après, sort très amélioré, quelques douleurs abdominales.

OBS. XIX. — Montgomery.

Fillette seize ans. Début quatre jours. Vomissements fécaloïdes, arrêt matières et gaz, météorisme, état général grave. Laparotomie : paralysie. Guérison.

OBS. XX. — Keetley, *The Lancet*, 1890.

Garçon, six ans. Début brusque, trois jours. Douleurs, vomissements, abdomen rétracté, pas de selles. Laparotomie. Paralysie, granulations, 3 selles le lendemain, pas de vomissements. Guéri.

OBS. XXI. — Potherat, *Bulletin Soc. Chir.*, 22 avril 1913.

Homme, cinquante-huit ans. Évolution lente dix jours, puis signes aigus, tuméfaction ombilicale très marquée. Laparotomie, grosse tumeur formée par les anses, rotation d'un pédicule formé par le mésentère, dérotation, guérison. Mort par tuberculose quelques mois après.

OBS. XXII. — Potherat.

Homme, vingt-neuf ans. Occlusion aiguë, peut se rendre à pied à la consultation. Douleurs extrêmement violentes. *Diagnostic* : appendicite gangreneuse. Laparotomie, épiploon épaissi et noirâtre, liquide louche abondant, avec grumeaux caséux, granulations nombreuses ; paralysie. Guérison.

OBS. XXIII — Gérard Marchand.

Enfant, péritonite sèche avec fortes coliques. Accès brusque vite passé. Laparotomie on ouvre l'intestin adhérent. Guérit avec fistule.

OBS. XXIV. — Guinard, in *Traité de chirurgie*.

Homme, vingt-trois ans. Traité depuis un mois pour coliques de plomb. Occlusion complète depuis quatre jours. Épiploon transformé en treillis ; dans ses mailles, 10 à 15 hernies intestinales, l'une est étranglée. Libération, guérison.

OBS. XXV. — Morestin, *Soc. de chir.*, 9 avril 1913.

Homme, quarante-huit ans. Début brusque : vomissements, douleurs vives à droite, ni selles ni gaz depuis quatre jours, facies ter-

reux, grippé, vomissements fécaloïdes. Laparotomie, liquide citrin, météorisme, granulations, trois coudures maintenues par des adhérences à 1 m. 50 du cæcum. Selles très copieuses le même jour. Guérison, puis abcès sur cicatrice.

Obs. XXVI. — Lejars, *Soc. de chir.*, 2 avril 1913.

Femme, trente et un ans. Matité dans fosse iliaque et zone sus-pubienne. Sonorité tympanique du reste de l'abdomen. Ascite, granulations au niveau, angle droit du côlon. Plusieurs brides très nettes qui coudent et enserrrent l'intestin. Perméabilité se rétablit tout de suite. Guérison.

Obs. XXVII. — Kirmisson, *Soc. de chir.*, 1913.

Garçon, deux ans. Volumineuses hernies inguinales, les deux testicules augmentés de volume, 7 février 1913, vomissements bilieux, plus de selles, météorisme, anses se dessinant sous la peau, p. : 120. — Laparotomie, intestin grêle soudé par deux brides au côlon. Section des brides. Selle le même jour, pas de vomissement. Mort de broncho-pneumonie.

Obs. XXVIII. — Kirmisson.

Fillette, quatorze ans. Occlusion le 3 mai 1905. Laparotomie le 6 mai. Anse d'intestin grêle coudée par bride épiploïque. Section de deux brides. Guérie.

Obs. XXIX. — Kirmisson.

Fillette, quatorze ans. Occlusion le 25 avril 1909. Laparotomie le 28 avril par Gane, anses criblées de granulations, grêle coudé Guérie.

Obs. XXX. — Vanverts.

Homme, trente-six ans. Péritonite depuis trois mois. Coliques vont en augmentant, constipation, amaigrissement 10 kg. Occlusion le 19 avril 1902. vomissements fécaloïdes, ni selles, ni gaz. Laparotomie le 22. Tissu cellulo-grasieux œdémateux, coloration foncée, péritoine épaissi, liquide abondant et libre. Granulations, ni adhérences, ni cloisons, intestin libre. Paralysie. Vomissements et

constipations cessent. Mort un mois après par une nouvelle occlusion.

OBS. XXXI. — Broca.

Garçon, onze ans et demi. Occlusion brusque le 21 septembre 1891, vomissements fécaloïdes, ventre ballonné, facies grippé, langue sèche, pouls 110. Laparotomie liquide citrin, granulations sèches et dures, anse grêle serrée par brides, section, guérison.

OBS. XXXII. — Broca.

Garçon, huit ans. Début de la péritonite deux ans. Occlusion brusque puis amélioration, mais persistance des vomissements. *Diagnostic* : appendicite mise en doute par Broca. Laparotomie. Nodosités et adhérences côté gauche. Guérison.

OBS. XXXIII. Vanverts.

Femme, quarante ans. Début de péritonite : deux mois, poussées fébriles et douleurs abdominales à gauche. Occlusion brusque le 28 janvier 1912 : vives douleurs, vomissements jaunâtres, cessent le 30, constipation. Amélioration passagère, le soir coliques violentes. Laparotomie : un peu de liquide citrin, péritoine rouge et granulations, agglutination sans brides. Le cours des matières se rétablit. Guérison.

OBS. XXXIV. — Merry, *Thèse de Paris*, 1907. 174.

Femme, trente et un ans. Coxalgie à quatorze ans. Le 28 juin 1906 opérée de pyosalpinx, fistule opératoire. Malaises et constipation depuis le 12 janvier 1907. Occlusion brusque le 15 janvier. Nausées, vomissements, du pus grumeleux s'écoule par la fistule. Laparotomie, granulations, anses dilatées, brides sur côlon hépatique. Section des brides, le cours des matières se rétablit. Guérison.

OBS. XXXV. — Poppert, in *Thèse Merry*.

Fillelte, onze ans. Pleurésie avec épanchement. Occlusion brusque le 11 septembre 1891, nausées, vomissements, pas de selles. Laparotomie le 14 : épiploon agglutiné et enflammé, granulations et brides : anus, écoulement de matières. Selles régulières par le rectum. L'anús est fermé le 3 novembre. Guérison, revue un an.

OBS. XXXVI. — Knaags, in *Merry*.

Femme, quarante-quatre ans. Vomissements et crises chroniques d'obstruction. Laparotomie : ganglions mésentériques enflammés, remplis de tubercules, vomissements au bout de vingt-quatre heures. Guérison (paralysie).

OBS. XXXVII. — Knaags, in *Merry*.

Enfant. Diarrhée chronique. Laparotomie, agglutination, on déchire l'intestin. Mort au cinquième jour.

OBS. XXXVIII. — Kenig, in *Merry*.

Garçon, neuf ans. Diarrhée depuis neuf mois. Constipation et vomissements fécaloïdes. Laparotomie, agglutination, tubercule caséeux de la grosseur d'une cerise. Intestin déchiré. Mort le lendemain.

OBS. XXXIX. — Leduc, *Thèse Paris*, 1881.

Homme vingt-cinq ans. Crises d'obstruction successives. Pas d'opération. Mort trois mois après, autopsie : agglutination et brides.

OBS. XL. — Coats, in *Elmassian*, *Thèse Paris*, 1890.

Homme vingt ans. Vomissements fécaloïdes, douleurs, constipation. Pas d'opération. Mort le lendemain. Autopsie : petites tumeurs crétacées, adhérences, gangrène de l'intestin au niveau d'une adhérence.

OBS. XLI. — Kummel, *Arch. f. klin. chir.*, 1888.

Homme, vingt ans. Carie du bassin en 1885, guérit. Occlusion brusque. Laparotomie deux jours après : bride tendue, fixée dans la région inguinale droite, granulations. Amélioration. Mort quatre mois après de tuberculose généralisée.

OBS. XLII. — Quénu, *Soc. de Chir.*, 1913.

Femme, trente ans, salpingite. Occlusion brusque, arrêt matières et gaz, vomissements fécaloïdes. Laparotomie, liquide, granulations, paralysie. Les accidents disparaissent. Mort par progrès de paralysie.

Obs. XLIII. — Reynier, *Soc. de Chir.*, 22 novembre 1913.

Homme. Bacillose sommet gauche. Occlusion brusque. vomissements, ni matières, ni gaz, facies péritonéal, temp. : 39°, Diagnostic, crise d'appendicite grave. Laparotomie, anses dilatées, appendice normal. Paralyse. Etat très grave les premiers jours. Guérison.

Obs. XLIV. — Morestin, *Soc. de Chir.*, 15 avril 1913.

Femme, trente-deux ans. Il y a quatre mois, crise de dix jours, assez brusque, puis deuxième crise violente. *Diagnostic* : occlusion tuberculeuse. Laparotomie, ascite, granulations, anses grêles et colon très distendus. Anus artificiel gauche. Amélioration, puis nouvelles crises quelques semaines après, nouvelle laparotomie. Mort.

Obs. XLV. — Monod, *Congrès de Chir.*, 1902.

Femme, vingt-sept ans. Occlusion brusque. Vives douleurs, vomissements, ni gaz, ni matières, ventre souple au-dessous de l'ombilic. Très distendu au-dessus et dans l'hypochondre droit. Laparotomie, sus-ombilicale. Vascularisation très intense de l'épiploon gastro-hépatique. Colon ascendant et cæcum très rouges. Paralyse. Guérison.

Obs. XLVI. — Lauwers, *Soc. de Gynécol. Belge*, 1900.

Fillette, quinze ans. Anémie et amaigrissement depuis quatre mois. Occlusion lente, douleurs vives, anses soulevant paroi, vomissements fécaloïdes six jours avant l'opération. État général très précaire. Laparotomie, ascite abondante, granulations, trois grosses brides sont sectionnées. Selles dès troisième jour. Guéri.

Obs. XLVII. — Phocas, *Nord Médical*, 1902.

Fillette, trois ans et demi. Au cours de péritonite à marche lente, douleur à la suite d'une marche, vomissements, météorisme, arrêt matières et gaz. Laparotomie, section d'une bride. Guérison.

Obs. XLVIII. — Desgouttes et Thivonet, *Lyon Médical*, 24 novembre 1907.

Femme, vingt-huit ans. Légère diarrhée, ballonnement. Occlusion brusque, vomissements alimentaires. *Diagnostic* : sténose du

grêle. Laparotomie. Bride fibreuse, météorisme, granulations abondantes, anastomose iléo-colique. Mort par aggravation progressive.

OBS. XLIX. — Morestin, *Soc. de Chir.*, 15 avril 1913.

Femme, jeune. Occlusion brusque. Ni matières, ni gaz, vomissements. Laparotomie, granulations, brides, intestin friable. Mort deuxième jour.

OBS. L. — Morestin.

Femme, vingt-six ans. Vomissements répétés, évolution lente, voussure épigastrique. Laparotomie, magma impossible à libérer. *Incroyable résurrection.*

OBS. LI. — Thiéry, *Bul. Soc. Chir.*, 22 avril 1913.

Homme, trente ans. Hernie inguinale droite. Occlusion brusque. *Diagnostic* : hernie étranglée, en présente tous les signes. Agglutination des anses dans le sac herniaire. Mort.

OBS. LII. — Broca, *Soc. Chir.*, 1913.

Fillette, deux ans et demi. Pleurésie, occlusion brusque. Vomissements fécaloïdes, douleurs, constipation. Laparotomie, granulations et agglutination. Mort.

OBS. LIII. — Broca, *Soc. Chir.*, 1913.

Garçon de quatre ans et demi. Péritonite avec légères douleurs, selle sanglante. Gros empâtement fosse iliaque gauche, reptation de l'intestin, gargouillements, vomissements. Laparotomie, agglutination et brides. Anus contre nature. Guérison.

OBS. LIV. — Piery, in *Thèse Héritier*, Lyon, 1899.

Homme, quarante ans. Tuberculeux et alcoolique. Occlusion brusque. Vomissements, constipation, ni matières, ni gaz, température rectale : 36°8. Laparotomie, granulations, invagination de 15 cm. du grêle. Rupture de l'intestin à la réduction. Mort quatre heures après.

OBS. LV. — Morestin, *Soc. de Chir.*, 1913.

Femme, vingt-trois ans. Début péritonite un an avant par quatre crises douloureuses, occlusion lente par trois crises de vomisse-

ments et douleurs, les trois en un mois. Masse dure s'enfonçant dans le bassin et se continuant avec un empâtement pelvien assez haut situé. Laparotomie le 9 février 1908. Agglutination, masses résistantes en plusieurs points. On renferme sans détruire les adhérences. Guérison, malade suivie.

OBS. LVI. — Canessa, *V^e Congrès Méd. Latino-Américain*, Lima, novembre 1913.

Homme, vingt et un ans. Amaigrissement progressif, hémoptysies, quelques signes abdominaux, puis occlusion brusque. Laparotomie; liquide citrin abondant, agglutination, tentatives infructueuses de séparation des anses. On referme avec 20 litres d'oxygène. Guérison.

OBS. LVII. — Potherat, *Soc. de Chir.*, 22 avril 1913.

Femme, soixante-quatre ans. Occlusion par crises, vives douleurs et ballonnement. Laparotomie, un peu d'ascite, météorisme, granulations et masses blanches dures, fibroïdes. Fixation cæcum à paroi et ouverture. Mort le deuxième jour.

OBS. LVIII. — Psalltoff, *Gaz. des Hôpit.*, 1898.

Homme, dix-huit ans. Douleur brusque dans fosse iliaque droite et vomissements. État général grave, extrémités froides, pas d'empâtement, température : 30°3; pouls : filiforme. Laparotomie, granulations, simple lavage à l'acide borique à 3 p. 100. Le soir, vomissements cessent, selle. Guéri.

OBS. LIX. — Jaboulay, *Soc. Méd. de Lyon*.

Homme, vingt ans. A eu de l'adénite cervicale ; une crise il y a cinq mois puis constipation opiniâtre, maigrit beaucoup, coliques violentes, nocturnes, alternatives de diarrhée et constipation, vomissements. Diagnostic exact est posé. Laparotomie, péritoine très épaissi, dur, agglutination, hémorragie, on s'arrête. Crise aiguë un mois après, deuxième laparotomie, bloc médian comme tête d'enfant, englobant 1 m. 50 intestin, section d'une bride anastomose du grêle autour de l'obstacle au bouton de Villard. Masse persiste, mais rien guéri. Selles régulières.

Obs. LX. — Greene Cumston, *Pediatrics*. New-York, 1911.

Garçon, six ans. Diarrhée six semaines avant, crise aiguë brusque fosse iliaque droite, masse à palpation. *Diagnostic* : gangrène appendice. Laparotomie, ascite, granulations, destruction de nombreuses adhérences, étranglement de l'appendice par une bride de 2 cm. de large, fixée sur iléon (examen microscopique). Guérison.

Obs. LXI. — Van Hassel, *Ann. Med. Chir, du Hainault*, 1900.

Fillette, seize ans. Anémique, leucorrhéique. Occlusion progressive : troubles gastriques, douleurs abdominales puis constipation, douleurs sous ombilicales, vomissements fécaloïdes. Laparotomie, péritoine rouge, granulations une dizaine de brides. Guérison.

Obs. LXII. — Van Hassel.

Femme, vingt-huit ans. Souffre depuis longtemps, crise aiguë depuis deux jours. État général grave. Laparotomie brides, salpingite purulente. Débâcle une demi-heure après. Mort le lendemain.

Obs. LXIII. — Sutherland et Watson Cheyne, *The Lancet*, 1902.

Fillette, trois ans. Un frère mort de phtisie. Début il y a trois mois par vomissements et constipation, sans douleurs. Crises de vomissements à l'hôpital, abdomen distendu, gravité croissante. Laparotomie, ascite, météorisme, granulations. Rétrécissement. Anastomose. Guérison suivie dix-huit mois.

Obs. LXIV. — Lejars, *Soc. de Chir.*, 1913.

Femme, trente-sept ans. Signes de sténose pylorique des mieux caractérisés. Laparotomie granulations. Bride verticale venant de l'épiploon infiltré de noyaux tuberculeux et se fixant en haut sur le ligament gastro-hépatique. Section, profonde dépression du pylore au-dessous. Les accidents cessent. Guérison.

Obs. LXV. — Homme, vingt-six ans. Douleurs légères, puis début brusque. Laparotomie : bride. Parésie intestinale consécutive. Guérison.

Obs. LXVI. — Homme, vingt-sept ans. Début aigu, laparotomie, bride, guérison.

OBS. LXVII. — Homme, trente-cinq ans. Altération de l'état général, amaigrissement 15 kilos, puis ballonnement, enfin occlusion aiguë. Laparotomie, bride, guérison.

OBS. LXVIII. — Garçon, dix ans. Tuberculeux. Alternatives de diarrhée et de constipation, avec prédominance de la diarrhée. Coliques, puis occlusion aiguë, Lavement électrique, guérison.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale est une complication importante de la péritonite tuberculeuse, nous avons pu en réunir 68 cas publiés.

2° Cette occlusion se produit surtout par trois mécanismes :

Les brides : 25 cas.

L'agglutination des anses : 15 cas.

La paralysie intestinale : 14 cas.

Ces mécanismes sont parfois associés :

Brides et agglutinations : 6 cas.

3° La cause de l'occlusion peut être, plus rarement : un rétrécissement (2 cas), un volvulus de l'intestin ou du mésentère, une occlusion par l'épiploon.

4° La symptomatologie est variable et on peut distinguer deux tableaux cliniques :

Forme chronique : 22 cas.

Forme aiguë : 46 cas.

La forme aiguë est donc la plus fréquente contrairement à l'opinion généralement admise.

5° Le diagnostic d'origine de l'occlusion est extrêmement difficile et n'a été posé avec exactitude que dans quelques cas exceptionnels.

6° Le traitement est purement chirurgical. Il consistera en une laparotomie avec libération des anses, les manœuvres opératoires seront réduites au minimum.

BIBLIOGRAPHIE

- Aimes. — Revue de Chirurgie, 1920.
Aldibert. — Thèse de Paris, 1893.
Audry. — Lyon Médical, 1887.
Banteigne. — Thèse de Paris, 1903.
Bernay. — Thèse Lyon, 1899.
Broca. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., avril 1913.
Bérard. — Lyon Médical, 1903.
Christiaens. — Thèse de Lille, 1897.
Colle. — Bulletin Médical, 1896.
Desgouttes. — Lyon Médical, 1907.
Duponchel. — Gazette hebdomadaire, 1889.
Gourdon. — Thèse de Bordeaux, 1903.
Guinard. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1898.
Guichot. — Thèse de Toulouse, 1914.
Guillemare. — Thèse de Paris, 1899.
Héritier. — Thèse de Lyon, 1899.
Kirmisson. — Bull. et Mém. de Soc. Chir., 11 février 1913.
Lauwers. — Bull. Soc. Belge de gynécol. et d'obst., 1900.
Lejars. — Gazette des Hôpitaux, 1891.
Lejars. — La Presse Médicale, 1897.
Marfan. — Maladies des enfants, t. III.
Merry. — Thèse de Paris, 1906.
Monod. — Congrès de Chirurgie, 1902.
Morestin. — Bull. Soc. de Chir., avril 1913.

Phocas. — Nord Médical, 1902.

Potherat. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., avril 1913.

Posin. — Thèse de Paris, 1914.

Reynier. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1913.

Thierry. — Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1913.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Occlu-
sion intestinale au cours de la péritonite
tuberculeuse*, par M. Aimé DULCY.

Je pense que la Faculté peut en per-
mettre l'impression.

Montpellier, le 12 juillet 1921.

LE PROFESSEUR,
ESTOR.

Vu :
Montpellier, le 12 juillet 1921.
LE DOYEN,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juillet 1921.
LE RECTEUR,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
